

**INFORMATION TILL INTYGSSKRIVARE**

För att beviljas färdtjänst ska den sökande ha en funktionsnedsättning som är varaktig (minst tre månader). Den sökande ska ha väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och/eller resa med allmänna färdmedel. Enbart bristande tillgång till kollektiva färdmedel är inte skäl att bevilja färdtjänst (Lag om färdtjänst 1997:736).

Önskas ytterligare information, vänligen kontakta färdtjänsthandläggare på Flens kommun.

E-post: fardtjanst@flen.se      Telefon: 0157-43 02 28

**För sjuk- och behandlingsresor samt resor till tandvård, hänvisas patienten till vårdgivaren.**

**Vid frågor kontakta sjukreseenheten, Region Sörmland, telefon 0155-24 73 57.**

**1. VAR GOD TEXTA**

Intygsskrivares namn: _____ Arbetsplats: _____ Titel: _____ Adress: _____ Postnr, ort: _____	Patientens personnummer: _____  Namn: _____  Adress: _____  Postnr, ort: _____
Telefon: _____	Patientens telefon: _____
Besöksdatum: _____	
Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges):	
Undersökning vid besöket	Telefonkontakt Journalanteckningar      Personlig kännedom sedan år _____

**2. DIAGNOSER - FUNKTIONSNEDSÄTTNING**

Huvuddiagnos (om möjligt på svenska) som huvudsakligen motiverar behov av färdtjänst	Sjukdomsdebut år: _____
Övriga diagnoser av betydelse för behov av färdtjänst	

**3. PATIENTENS SYNLIGA/DOLDA FUNKTIONSNEDSÄTTNING**

Konsekvens av den sökandes besvär. Beskrivning av symtombild, situationer då besvär förekommer.
---

**4. BESKRIV VILKA SVÅRIGHETER/MÖJLIGHETER PATIENTEN HAR ATT RESA MED ALLMÄN KOLLEKTIVTRAFIK**

Buss / tåg utan trappsteg (låggolvsfordon)	Buss / tåg med trappsteg
--	--------------------------

**5. BESKRIV BEHANDLING/REHABILITERING KOPPLAD TILL HUVUDDIAGNOS**

Genomförd: _____
Pågående: _____
Planerad: _____

## 6. SMÄRTA - VÄRK (KODER FÖR GRADERING AV SMÄRTA OCH VÄRK)

1=Lätt 2=Endast vid kraftig ansträngning 3=Redan vid lätt ansträngning 4=Kraftig smärta även i vila

kod	kod	Röntgenverifierat	kod	Röntgenverifierat
Höftled, höger: _____	vänster: _____	År: _____	Ländrygg: _____	År: _____
Knäled, höger: _____	vänster: _____	År: _____	Nacke: _____	År: _____
Vrist och fot, höger: _____	vänster: _____	År: _____		

## 7. VANLIGT FÖREKOMMANDE SYMPTOM (OM DOM FINNS)

<b>Yrsel:</b>	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga
<b>Andningsbesvär:</b>	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga
<b>Hjärtbesvär:</b>	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga
<b>Nedsättning av syn:</b>	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga Synskärpa med eventuell korrigering Höger öga: ____ Vänster öga: ____ Har patient ledsyn? JA NEJ
<b>Neurologiska sjukdomar:</b>	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga
<b>Eventuella hjälpmedel:</b>	Stödkäpp/kryckor Rollator/gåstol Rullstol, manuell	Rullstol, eldriven Elmoped Övrigt: _____ Servicehund Teknikkäpp
<b>Förmåga att förflytta sig självständigt:</b>	Att <i>med</i> eller <i>utan</i> hjälpmedel förflytta sig på egen hand. Maximal gångsträcka i meter, inklusive eventuella vilopausar. Med: _____ Utan: _____	Klarar antal trappsteg: _____

## 8. BEDÖMNING

Ange huvudfunktionsnedsättningens beräknade **varaktighet** \_\_\_\_\_ Månader \_\_\_\_\_ År Tillsvidare

Utgör funktionsnedsättningen att det är **omöjligt att resa tillsammans** med annan resenär vid färdtjänstresa?

JA NEJ Om **ja**, specificera **varför**:

**Ofullständigt ifyllt blankett återsänds för komplettering**

DATUM: \_\_\_\_\_

Patienten har tagit del av intyget: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

INTYGSSKRIVARES UNDERSKRIFT \_\_\_\_\_

Utlåtande tillsammans med ansökan skickas till: **Flens kommun**  
**Färdtjänst, BUK-förvaltningen**  
**642 81 FLEN**